



ARTIGO

ACESSIBILIDADE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A VISÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS
ACCESS TO A PRIMARY HEALTH CARE UNIT: USERS AND PROFESSIONALS' POINTS OF VIEW

CÁTIA MARIA JUSTO¹; ANDREZZA MARQUES DUQUE²; QUÉTILAN SILVA LOPES³; ELLEN SILVA DE CARVALHO⁴; ANNE CHRISTINE CARDOSO MORENO⁵; RENATA SANTOS SILVA⁴; VIDIA KATARINE RODRIGUES SANTOS⁴; GABRIEL FIGUEIRA BANDEIRA⁶

1 - Professora Efetiva da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto-SE, Brasil

2 - Professora Assistente da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto-SE, Brasil

3 - Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto-SE, Brasil

4 - Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto-SE, Brasil

5 - Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco (UFP), Sergipe, Lagarto-SE, Brasil

6 - Fisioterapeuta pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém-PA, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o atributo acessibilidade da Atenção Básica de Saúde (ABS) em duas unidades básicas de saúde (UBS) de Lagarto/SE, por meio de uma pesquisa analítica, transversal, com amostra composta por 48 profissionais e 199 usuários adultos. Utilizou-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Foram encontradas dificuldade de acesso ao serviço à noite e aos finais de semana. A espera maior que 30 minutos para atendimento foi apontada pela maioria dos profissionais e usuários como fatores limitantes. O acesso diurno por telefone e atendimento no mesmo dia foram avaliados negativamente apenas pelos usuários. A maioria dos profissionais afirmou ser fácil marcar consultas. O *score* essencial do atributo acessibilidade foi 1,98 e 1,64 para profissionais e usuários, respectivamente, dado que representa avaliação predominantemente negativa. Verificou-se ao final do estudo a necessidade de implementar medidas que facilitem a entrada do paciente ao serviço de saúde.

Palavras-chave: Acessibilidade; Atenção Básica de Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the attribute access to Primary Health (ABS) in two basic health units (UBS) in Lagarto/SE, through an analytical, cross-sectional survey, with a sample of 48 professionals and 199 adult users. We used the *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Difficulty of access to the service at night and on weekends were found. A more than 30 minutes wait for service was mentioned by most professionals and users as a limiting factor. Daytime telephone access and medical appointment for the same day were evaluated negatively only by users. Most professionals said it was easy to schedule appointments. The essential attribute score of access was 1.98 and 1.64 for professionals and users, respectively, and it predominantly represents a negative evaluation. It was found at the end of the study the need to implement measures to facilitate the access of the patient to the health service.

Keywords: Accessibility; Primary Health Care; Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

As barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social¹.

No Brasil, as iniciativas de organização do acesso e do acolhimento trouxeram avanços que tendem a diminuir

os obstáculos e facilitar o uso dos serviços pelo usuário². O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, estrutura a Atenção Primária à Saúde (APS) e se consolida, a partir de 1998, como uma importante estratégia - Estratégia de Saúde da Família (ESF) - para a reorganização do modelo assistencial, principalmente pelo potencial para reduzir as desigualdades sociais existentes na utilização de serviços^{2,3}. O acesso à Atenção Básica de Saúde, a todos os cidadãos,

independentemente de sua classe social, contribuição, renda ou etnia, emana como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, estabelecido na Constituição Federal de 1988⁴.

A APS tem como objetivos ofertar, adequadamente, recursos de ações de saúde por meio de atividades domiciliares e articulações com a comunidade, resultando em uma avaliação positiva por parte dos usuários quando comparado ao momento anterior da implantação, em que a oferta de serviço de saúde era restrita⁵.

Alguns estudos apontam a existência de barreiras relacionadas ao modo de organização, como dificuldade de atendimento à demanda espontânea, horários de atendimento limitados, dificuldade durante a marcação de consultas, falta de organização da referência para serviços especializados, entre outros fatores não facilitadores da utilização dos serviços de saúde^{1,6,7}.

A importância de aperfeiçoar a acessibilidade ao cuidado na Atenção Básica é de grande relevância para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, minimizando as comorbidades físicas e os agravos das doenças, principalmente as crônicas. Para isso, é necessário reconhecer as dificuldades dos processos e posterior formulação de políticas públicas que facilite a efetividade e a regularidade dos atendimentos de saúde. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a acessibilidade, juntamente com seus fatores limitantes e facilitadores, à Atenção Básica em Saúde, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Lagarto, Sergipe. Nossa hipótese é de que usuários e profissionais, a despeito de terem visões diferentes em relação ao atributo acessibilidade, podem contribuir com reflexões construtivas para o aperfeiçoamento desse requisito.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com delineamento transversal. A pesquisa foi realizada em duas unidades básicas de saúde da família do município de Lagarto – Sergipe. A cidade de Lagarto está situada na região centro-sul do estado, a 75 km da capital e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a maior do interior do estado com 94.861 habitantes, sendo que aproximadamente metade da população ainda mora em zona rural⁹.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Aracaju, com nº de parecer 679.325. Os participantes foram esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa, sendo a aceitação realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram do estudo as pessoas que atenderam aos seguintes critérios: usuários - possuir idade igual ou superior a dezoito anos, ser residente na área de abrangência das UBS e a ela estar adscrito; profissionais - estar cadastrado como profissional nas UBS de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para a determinação do tamanho de amostra, foi realizada uma amostragem aleatória simples através de sorteio das famílias que estavam cadastradas nas unidades. Segundo informações colhidas com a gerência destas unidades, estavam cadastradas 5.548 famílias, sendo 3.079 na UBS 1 e 2469 na UBS 2.

Considerando o total de famílias das áreas de abrangência destas unidades, foi calculada a amostra, assumindo Intervalo de Confiança de 95% (IC=95%) e erro máximo aceitável de 5%. Utilizou-se o fator de correção para a população finita (FCPF), resultando em 357 sujeitos. Estas pessoas eram entrevistadas com base nas famílias às quais faziam parte, sendo realizada a partir do membro que estava presente no momento da visita e atendendo-se aos critérios de inclusão desta pesquisa. Os profissionais foram entrevistados em sua totalidade.

Os dados foram coletados no período de 07 de julho até 14 de dezembro de 2014, por uma equipe de cinco pesquisadoras. Os usuários foram entrevistados nos domicílios e os profissionais nas unidades. Utilizou-se um questionário para identificação e caracterização socioeconômica dos entrevistados e, posteriormente, aplicado o instrumento da coleta *PCATool – Primary Care Assessment Tool*. Trata-se de um questionário autoaplicável destinado a crianças, adultos, profissionais de saúde e gestores do serviço de saúde. Na presente pesquisa, empregaram-se as versões destinadas a adultos e profissionais de saúde. Esse modelo de avaliação busca a mensuração da qualidade dos serviços de saúde baseando-se nos aspectos estruturais, processamento, incluindo interação entre profissionais e usuários, e resultados.

A versão do PCATool destinada a profissionais de saúde possui oito componentes e a versão do PCATool do adulto possui 10 componentes avaliativos. Nesta pesquisa, investigou-se o componente acessibilidade para as duas versões.

A escala de resposta é do tipo Likert (4=com certeza sim, 3=provavelmente sim, 2=provavelmente não, 1=com certeza não), com acréscimo da opção 9=não sei/não lembro. A partir das respostas, é possível calcular escores. O escore de cada atributo é obtido pela média aritmética de seus itens; o escore essencial, pela média dos escores dos atributos essenciais; e o escore geral, pela média dos escores de todos os atributos. Esses escores podem servir como indicadores da qualidade da atenção, subsidiando gestores sobre a presença e dimensão da APS⁹.

O escore individual para o item acessibilidade, segundo o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – *Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil*, é calculado realizando a inversão dos valores de cada item, somando-os e dividindo o resultado da soma pelo número de itens, resultando em uma média aritmética.

Os dados colhidos serão processados através de recursos da estatística descritiva simples (mínimo, máximo, média, frequência absoluta/relativa e desvio-padrão).

RESULTADOS

Os dados socioeconômicos dos profissionais e usuários entrevistados são apresentados nas Tabela 1 e 2, respectivamente. Em ambos os grupos, a maioria era do sexo feminino, cor parda, com média de membros na família semelhante, sendo dos profissionais 3,6 (desvio padrão = 1,1) e usuários 3,7 (desvio padrão = 1,6). Houve diferenças consideráveis na faixa etária, no nível de escolaridade e na renda familiar dos participantes dos dois grupos. Entre os profissionais, predominou a faixa etária de 18 a 30 anos (41,67%), com idade média de 35,1 anos (desvio padrão = 10,8 anos), ensino superior completo (45,83%) e renda familiar superior a 4 salários mínimos (52,08%). Já entre os usuários, o predomínio foi da faixa etária de 31 a 45 anos (32,66%), seguida de 18 a 30 (27,14%), com média de 43,4 anos (desvio padrão = 16,5 anos), ensino fundamental incompleto (42,21%) e renda de 1 a 2 salários mínimos (63,32%).

Tabela 1. Perfil dos participantes, profissionais, 2015.

| Variáveis | N | % |
|----------------------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 43 | 89,58 |
| Masculino | 5 | 10,42 |
| Cor | | |
| Negra | 3 | 6,25 |
| Parda | 34 | 70,83 |
| Branca | 11 | 22,92 |
| Faixa Etária | | |
| 18 a 30 anos | 20 | 41,67 |
| 31 a 45 anos | 19 | 39,58 |
| 46 a 59 anos | 8 | 16,67 |
| 60 anos ou mais | 1 | 2,08 |
| Escolaridade | | |
| Superior completo | 22 | 45,83 |
| Superior incompleto | 5 | 10,42 |
| Médio completo | 20 | 41,67 |
| Fundamental incompleto | 1 | 2,08 |
| Renda familiar | | |
| Menos de 1 salário mínimo | 1 | 2,08 |
| De 1 a 2 salários mínimos | 13 | 27,08 |
| De 2 a 4 salários mínimos | 9 | 18,75 |
| Mais de 4 salários mínimos | 25 | 52,08 |

Os resultados da aplicação do PCATool Profissionais e Usuários, atributo acessibilidade, são apresentados na Tabela 3. Entre as perguntas, três são feitas apenas aos profissionais de saúde. Nessas, todos os profissionais afirmaram que seu serviço de saúde não abre aos sábados e domingos, e a maioria (79,17%) referiu que também não fica aberto até às 20 horas em pelo menos um dia da semana. Para a maioria (91,67%) é fácil, ou provavelmente é, marcar hora para consulta.

Tabela 2. Perfil dos participantes, usuários, 2015.

| Variáveis | N | % |
|----------------------------|-----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 158 | 79,40 |
| Masculino | 41 | 20,60 |
| Cor | | |
| Negra | 27 | 13,57 |
| Parda | 135 | 67,84 |
| Branca | 37 | 18,59 |
| Faixa Etária | | |
| 18 a 30 anos | 54 | 27,14 |
| 31 a 45 anos | 65 | 32,66 |
| 46 a 59 anos | 45 | 22,61 |
| 60 anos ou mais | 35 | 17,59 |
| Escolaridade | | |
| Superior completo | 4 | 2,01 |
| Superior incompleto | 7 | 3,52 |
| Médio completo | 30 | 15,07 |
| Médio incompleto | 30 | 15,07 |
| Fundamental completo | 19 | 9,55 |
| Fundamental incompleto | 84 | 42,21 |
| Analfabeto funcional | 9 | 4,52 |
| Analfabeto | 16 | 8,04 |
| Renda familiar | | |
| Menos de 1 salário mínimo | 54 | 27,14 |
| De 1 a 2 salários mínimos | 126 | 63,32 |
| De 2 a 4 salários mínimos | 15 | 7,54 |
| Mais de 4 salários mínimos | 4 | 2,01 |

Nos seis questionamentos comuns aos profissionais e usuários, houve concordância: na ausência de número de telefone para o qual o paciente possa ligar à noite, caso adoecer; na ausência de atendimento ao usuário que adoecer à noite ou nos finais de semana; e na espera maior do que 30 minutos para atendimento com médico ou enfermeiro. Apesar de a maioria concordar nesses quatro aspectos, houve diferença na porcentagem de concordância em relação ao tempo de espera, em que 45,83% dos profissionais afirmaram que a espera é maior que 30 minutos, em contraste com 73,37% desta afirmação pelos usuários. Os valores se aproximam se for considerada a porcentagem de 35,42% de respostas “provavelmente sim” entre os profissionais.

Quanto ao acesso a informações por telefone em período diurno, enquanto 43,22% dos usuários responderam não haver esse serviço, 37,50% dos profissionais responderam que havia e 22,92%, que provavelmente havia. Houve divergência ainda sobre o atendimento no mesmo dia ao paciente que adoecer, com 68,75% dos profissionais referindo haver esse atendimento, enquanto 35,68% dos usuários negaram sua existência. Realizando uma categorização em respostas sim (“provavelmente sim” e “com certeza sim”) e não (“com certeza não” e “provavelmente

Tabela 3. Avaliação da Acessibilidade à APS por profissionais e usuários, 2015.

| Variáveis | Com certeza sim (N/%) | Provavelmente sim (N/%) | Provavelmente não (N/%) | Com certeza não (N/%) | Não sei/não lembro (N/%) |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Serviço aberto sábado ou domingo | | | | | |
| Profissionais | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 48/100 | 0/0 |
| Usuários | NA | NA | NA | NA | NA |
| 2. Serviço aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até às 20 horas | | | | | |
| Profissionais | 3/6,25 | 6/12,50 | 1/2,08 | 38/79,17 | 0/0 |
| Usuários | NA | NA | NA | NA | NA |
| 3. Serviço atende no mesmo dia, quando aberto, se o paciente adoecer | | | | | |
| Profissionais | 33/68,75 | 12/25,00 | 0/0 | 3/6,25 | 0/0 |
| Usuários | 57/28,64 | 42/21,10 | 21/10,55 | 71/35,68 | 8/4,02 |
| 4. Aconselhamento rápido pelo telefone, se o serviço está aberto | | | | | |
| Profissionais | 18/37,50 | 11/22,92 | 3/6,25 | 12/25,00 | 4/8,33 |
| Usuários | 25/12,56 | 24/12,06 | 15/7,54 | 86/43,22 | 49/24,62 |
| 5. Número para o qual o paciente pode ligar quando adoecer, se serviço fechado | | | | | |
| Profissionais | 1/2,08 | 0/0 | 5/10,42 | 35/72,92 | 7/14,58 |
| Usuários | 10/5,02 | 11/5,53 | 12/6,03 | 115/77,89 | 51/25,63 |
| 6. Serviço atende no mesmo dia, quando fechado aos sábados e domingos, se o paciente adoecer | | | | | |
| Profissionais | 2/4,17 | 1/2,08 | 1/2,08 | 44/91,67 | 0/0 |
| Usuários | 4,0 | 1,5 | 8,0 | 79,4 | 7,0 |
| 7. Quando fechado à noite, o serviço atende na mesma noite se o paciente adoecer | | | | | |
| Profissionais | 1/2,08 | 0/0 | 2/4,17 | 44/91,67 | 1/2,08 |
| Usuários | 5,5 | 1,0 | 6,0 | 77,4 | 10,0 |
| 8. É fácil marcar hora para consulta de revisão de saúde | | | | | |
| Profissionais | 33/68,75 | 11/22,92 | 2/4,17 | 2/4,17 | 0/0 |
| Usuários | NA | NA | NA | NA | NA |
| 9. Na média, espera maior que 30 minutos para atendimento por médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento) | | | | | |
| Profissionais | 22/45,83 | 17/35,42 | 2/4,17 | 7/14,58 | 0/0 |
| Usuários | 146/73,37 | 20/10,05 | 6/3,01 | 22/11,05 | 5/2,51 |

não”), embora as respostas “sim” tenham sido mais prevalentes, havendo uma concordância entre as respostas, ressalte-se que a disparidade entre elas foi significativa pois, enquanto entre os profissionais ficou em 93,75%, entre os usuários esse valor foi aproximadamente 50%. Além disso, as respostas “não” dos usuários foi aproximadamente 46%, demonstrando certa proporcionalidade entre as respostas positivas e negativas.

Após o cálculo das respostas dos participantes, foi calculado o escore essencial do atributo acessibilidade.

Para os profissionais, foi encontrado média de 1,98, que corresponde a 3,26 na escala de 1 – 10, e para os usuários 1,64, correspondendo ao valor de 2,13 na escala 0 – 10, o que demonstra melhor avaliação do acesso ao serviço pelos profissionais de saúde que pelos usuários. A Tabela 4 compara os escores das respostas de ambos os tipos de questionário. Todas as questões foram avaliadas com baixo escore, exceto o atendimento no mesmo dia a pacientes que adoecem e a facilidade de marcar consulta, ambos com escore 8,5.

Tabela 4. Escores do atributo acessibilidade: profissionais e usuários.

| Indicadores | Usuários | Profissionais |
|--|----------|---------------|
| Serviço aberto sábado ou domingo. | NA | 0 |
| Serviço aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até às 20 horas. | NA | 1,5 |
| Serviço atende no mesmo dia, quando aberto, se o paciente adoecer. | 4,7 | 8,5 |
| Aconselhamento rápido pelo telefone, se o serviço está aberto. | 3,0 | 5,1 |
| Número para o qual o paciente pode ligar quando adoecer, se serviço fechado. | 1,8 | 1,0 |
| Serviço atende no mesmo dia, quando fechado aos sábados e domingos, se o paciente adoecer. | 0,9 | 0,6 |
| Quando fechado à noite, o serviço atende na mesma noite se o paciente adoecer. | 0,9 | 0,4 |
| É fácil marcar hora para consulta de revisão de saúde. | NA | 8,5 |
| Na média, espera maior que 30 minutos para atendimento por médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento). | 1,64 | 2,9 |

DISCUSSÃO

O grupo de usuários da pesquisa foi majoritariamente composto por pessoas do sexo feminino, cor parda, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, com ensino fundamental incompleto, média de idade de 43,4 anos e 3,7 membros por família. Enquanto o grupo de profissionais foi formado principalmente por pessoas do sexo feminino, cor parda, 3,6 membros por família; idade média de 35,1 anos, com ensino superior completo e renda familiar superior a 4 salários mínimos.

Neste estudo não ocorreram diferenças marcantes de características socioeconômicas tanto de usuários quanto de profissionais quando se compara aos resultados de outros estudos, exceto em situações em que são incluídas faixas etárias inferiores aos 18 anos. No estudo de Oliveira *et al.* (2015), por exemplo, em que foram estudados somente usuários com idade superior a 20 anos, dos 670 usuários entrevistados, a maior proporção foi constituída por adultos acima de 40 anos, sendo que 59,9% tinham mais que 60 anos, sexo feminino (61,3%), podendo refletir que a população atendida é predominante mais idosa e, provavelmente, fazem acompanhamento de patologias crônicas na atenção básica¹. Já no estudo de Sala *et al.* (2011), dos 184 usuários, 28,6% eram homens, a média de anos de estudo encontrada foi de 6,4, a média de idade foi de 29,5, englobando-se, porém, idade inferior a 18 anos à amostra representada pela demanda espontânea atendida pela Unidade de Saúde¹¹.

Houve divergências marcantes entre usuários e profissionais durante a avaliação de alguns questionamentos atribuídos pelo critério acessibilidade do PCATool. Os

critérios mais discrepantes foram:

- “serviço atende no mesmo dia, quando aberto, se o paciente adoecer”: em que 68,75% dos profissionais responderam com a afirmativa “com certeza sim”; 25% disseram “provavelmente sim”; e, apenas 6,25% responderam “com certeza não” (score de 8,5). Enquanto que 28,6% dos usuários responderam “com certeza sim”; 21,1% “provavelmente sim”; 10,5% “provavelmente não”; 37,5% “com certeza não”; e, 4% “não sei/ não lembro” (score de 4,7).

- “aconselhamento rápido pelo telefone, se o serviço está aberto”: em que 37,5% dos profissionais afirmaram “com certeza sim”; 22,9% “provavelmente sim”; 6,2% “provavelmente não”; 25% “com certeza não”; e, 8,3% “não sei/ não lembro” (score 5,1). Enquanto que entre os usuários 12,5% responderam essa afirmativa com “com certeza sim”; 12% “provavelmente sim”; 7,5% “provavelmente não”; 43,2% “com certeza não”; e, 24,6% “não sei/ não lembro” (score 3).

- “na média, espera maior que 30 minutos para atendimento médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)”: em que 45,8% dos profissionais responderam com a afirmativa “com certeza sim”; 35,4% “provavelmente sim”; 4,2% “provavelmente não”; 14,6% “com certeza não” (score 2,9). E, entre os usuários, o mesmo questionamento foi respondido com a seguinte distribuição: 73,4% “com certeza sim”; 10% “provavelmente sim”; 3% “provavelmente não”; 11% “com certeza não”; e, 2,5% “não lembro/ não sei” (score 1,64).

Esses questionamentos foram respondidos de forma mais positiva pelos profissionais de saúde. Os desencontros das informações podem estar relacionados a dificuldades sobre a orientação acerca do funcionamento do serviço aos usuários e à integralização dos cuidados, desde o apoio do agente comunitário de saúde para facilitar o acesso do paciente, até o seu vínculo contínuo com retornos e acompanhamentos periódicos, quando necessários, ou encaminhamentos para outros níveis de saúde. Estes passos do acesso encontram-se definidos para os profissionais de saúde, e podem parecer-lhes fáceis, porém precisam ser esclarecidos para os usuários.

Existem ainda, no município em que o estudo foi realizado, outros estabelecimentos de saúde que podem estar realizando o atendimento em paralelo às Unidades de Saúde da Família, principalmente em situações agudas de adoecimento, quando os usuários procuram outros níveis de atenção sem o encaminhamento da atenção primária, perdendo-se o vínculo e a longitudinalidade de acompanhamento desses casos.

A avaliação positiva dos profissionais pode ser justificada pelo fato de conhecerem o trajeto dos usuários dentro da integralidade de cuidado preconizada pelo sistema de saúde. Percebe-se, dessa forma, que a rede precisa ser melhor conhecida pelos usuários e mais avaliada em sua efetividade pelos profissionais que nela atuam. Os outros questionamentos do atributo acesso receberam médias baixas tanto na percepção de usuários quanto de profissionais, reafirmando a necessidade de implementação de estratégias para otimizar a qualidade do serviço.

Nesse sentido, Mayer *et al.* (2015) estudaram, através de revisão de literatura, a avaliação de serviços de saúde na atenção básica a partir da atuação dos profissionais de saúde. Foi incluído ao estudo a percepção dos usuários das UBS. Em seus resultados, também foi possível identificar a divergência de respostas entre profissionais e usuários. Enquanto os profissionais avaliaram os serviços como positivo, principalmente após a implantação da Estratégia de Saúde da Família, os usuários apontaram com maior destaque os aspectos negativos. Esta divergência foi justificada pela ocorrência de três situações: a distância entre a formação recebida e a realidade prática; a distância entre planejadores e população; à lacuna do diálogo profissional¹².

Denota-se, dessa forma, a importância de identificar de que maneira os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde avaliam os serviços de saúde disponibilizados, pois são eles que estão e compreendem a porta de entrada desses serviços. Assim, esses atores podem identificar na sua prática profissional quais são as potencialidades e as necessidades do sistema de saúde público brasileiro com relação à implementação integral dos princípios da APS e das diretrizes do SUS, já que estes são um dos desafios postos ao SUS na atualidade¹³. Além disso, a avaliação em saúde a partir da atuação dos profissionais de saúde é essencial para a construção de políticas públicas na área da avaliação em saúde, no sentido de que esta avaliação suscita a reflexão.

Para assegurar a integralidade do cuidado, de maneira que se forneça aos usuários da área adscrita recursos capazes de compreender o funcionamento do serviço que o atende e a sua potencialidade para responder às necessidades de saúde da população, é necessária a promoção de discussões sobre os serviços disponíveis como forma de expandir o conhecimento dos usuários, sanar dúvidas e aumentar o elo entre a assistência à saúde e o paciente.

Motta, Aguiar e Caldas (2011) enfatizaram a importância de melhor articulação da rede e instrução dos usuários como forma de aperfeiçoar a resolubilidade da Atenção Básica. Afirma que a otimização do serviço minimiza o desgaste dos profissionais de saúde na busca de alternativas para garantir o atendimento integral às necessidades dos pacientes¹⁴.

Neste estudo, foi investigado o sistema de marcação de consultas especializadas e exames solicitados na rede estudada. Encontraram-se dificuldades do processo, pois, apesar deste sistema ser informatizado, as cotas disponíveis para atendimento são únicas para toda população, dificultando o acesso devido à necessidade de conseguir um lugar ideal na fila, que é organizada por ordem de chegada, em que consiga ter sua necessidade atendida pelo serviço, caso ainda exista disponibilidade do serviço para o atendimento necessitado.

O horário de atendimento, incluindo finais de semana, e após as 18 horas, obteve média inferior ao valor de classificação. E, a possibilidade de comunicação com o serviço, através de mecanismos de aconselhamento ou agendamento por telefone no horário normal de funcionamento ou quando o serviço se

encontra fechado, obteve médias baixas, segundo usuários (scores 3,0 e 1,8 respectivamente) e profissionais (scores 5,1 e 1,0 respectivamente). Apesar disso, alguns usuários julgaram ainda ser fácil marcar uma consulta de rotina.

Outros estudos também apontaram resultados semelhantes como obstáculos ao acesso. Reis *et al.* (2012) utilizaram-se de questionários adaptados à realidade brasileira (PCATool) para avaliar acesso e utilização dos serviços, aplicados a 30 gestores, 80 profissionais e amostra aleatória de 882 usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Luís. Em seu estudo, usuários tiveram dificuldades no acesso e na utilização dos serviços, que também considerados insatisfatórios pelos gestores e profissionais. O não funcionamento das unidades após as 18 horas e finais de semana foram suas principais dificuldades em relação ao acesso, item com pior resultado de avaliação. As respostas avaliação dos gestores e profissionais quase sempre divergiram com a dos usuários, sendo a avaliação dos gestores predominantemente mais favorável¹⁵.

Ribeiro *et al.* (2015) analisaram a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica no estado de Goiás. Para essa finalidade, utilizaram um instrumento de coleta de dados foi constituído por três módulos: o primeiro abordou aspectos relacionados às condições de infraestrutura, o segundo caracterizou a organização dos serviços e o processo de trabalho por meio de entrevista com os profissionais de saúde e o terceiro diz respeito à entrevista com o usuário no intuito de analisar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. A amostra foi constituída por profissionais de saúde das 1.216 UBS estudadas. Seus resultados verificaram que, a sala de acolhimento estava ausente em 68,5% das unidades de saúde, o que prejudica, consideravelmente, os profissionais na tomada de decisão imediata. E, com relação ao horário e turno de funcionamento, os dados foram semelhantes ao nosso estudo, uma vez que 86% das unidades atendiam cinco dias na semana em turnos de oito horas, não favorecendo a acessibilidade do usuário, principalmente em situações de adoecimento durante os finais de semana e necessidade de orientações noturnas, constatando-se a necessidade de maiores investimentos no fortalecimento da Atenção Básica¹⁶.

Sob o ponto de vista do usuário, Figueroa e Cavalcanti (2014) estudaram a opinião de indivíduos cadastrados e frequentadores de 20 unidades básicas de saúde da família de Campina Grande, Paraíba. Para a coleta de dados, utilizaram um questionário estruturado com questões relacionadas à percepção dos usuários sobre a utilização, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados. Em seus resultados, o tempo de espera para marcar uma consulta, o tempo de espera para ser atendido na realização da consulta e o tempo de espera entre a marcação da consulta e o atendimento, foram relatados como insuficientes por aproximadamente 1/3 dos informantes. O deslocamento a pé até as unidades de saúde foi destacado. Os indicadores de acessibilidade sócio-organizacional apresentaram associação estatística significativa

tanto com a percepção sobre a qualidade do serviço quanto com a utilização dos serviços de saúde. Tais resultados também estão de acordo com os dados do nosso estudo¹⁷.

Para transpor a dificuldade de agendamento de consultas ou de receber atendimento durante o mesmo dia, muitos usuários faltam ao trabalho ou à escola. E, uma alternativa adequada para essa situação seria prolongar o período de atendimento na Unidade de Saúde para além das 18 horas, quando necessário, a fim de atender maior demanda de pacientes por dia, diminuindo a disputa por uma vaga.

Neste sentido, Sala *et al.* (2011), avaliou processos de integralidade em unidades de APS localizadas no Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços através do questionário PCATool. Em seu estudo, 46% dos usuários consideraram sempre fácil conseguir uma consulta na unidade; 62% relatou muita dificuldade em conseguir uma consulta não urgente para o mesmo dia. Em relação ao tempo de espera para a consulta, 68% mostraram que o horário estendido resultou em facilidade de acesso, de maneira que as pessoas não precisam mudar sua rotina para receber atendimento de saúde¹⁴.

Porém, a implementação de um horário estendido para atendimento, principalmente em uma das unidades, necessitaria de maior investimento em segurança do local, por estar situada em um bairro com altos índices de criminalidade, vários pontos de vendas de drogas e baixo policiamento.

Escores baixos também foram atribuídos à variável “Na média, espera maior que 30 minutos para atendimento por médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)”, tanto por profissionais (2,9) quanto por usuários (1,64), indicando comprometimento do desempenho e necessidade de melhorias organizacionais em relação ao serviço. Resultado semelhante foi encontrado por Pereira *et al.* (2011), que avaliou as características organizacionais e de desempenho, a partir de uma amostra de 55 usuários, de uma Unidade Básica de Saúde tradicional, da rede de serviços de Atenção Básica à Saúde, através do PCATool. Ao final do estudo, os usuários manifestaram insatisfação (20,4%), indicando que a espera excede o limite estabelecido e organizacional¹⁷.

Maiores quantidades de barreiras ao acesso foram associadas a menor atenção no primeiro contato, além de integração e longitudinalidade mais baixa, mesmo depois do controle de várias características influentes do paciente, tipos de centros de atenção primária e tipos de profissionais de atenção primária⁷.

Pode-se observar que nas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Lagarto, Sergipe, ocorrem certas dificuldades dos usuários em relação à acessibilidade, que podem ser justificadas pela dimensão sócio-organizacional do serviço que dificulta a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde.

Visto que a acessibilidade faz parte da humanização da assistência, é preciso que ocorra a criação de vínculo e o acolhimento para integrar o usuário ao serviço. Para isso, é

de suma importância conhecer a comunidade assistida e as dificuldades enfrentadas para tentar corrigir o problema e alcançar um atendimento integral dos usuários adscritos.

Dessa forma, a partir dos resultados do estudo, considera-se que foram precários os mecanismos de troca de informações entre os profissionais de saúde da Atenção Básica e os usuários, que é uma ferramenta organizacional potente para qualificação da atenção e para que a Atenção Básica exerça seu papel de coordenação, contribuindo com a continuidade do cuidado com resolubilidade. Para isso, é necessário consolidar formas de diálogo entre as equipes e os usuários, o que pode ser realizado pela educação em saúde. Além disso, é premente a quebra de algumas barreiras que dificultam a demanda espontânea.

REFERÊNCIAS

- Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Alcione BOC, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Rev. ciênc. saúde coletiva** 2012; 17(11): 3047-3056.
- Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chave SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2007; 23(2): 355-370.
- Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública** 2010; 26(4): 725-737.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a Construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública** 2007; 21(2): 150-157.
- Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Rev. ciênc. saúde coletiva** 2010; 15(4): 2145-2154.
- Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; 2002.
- Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR., Souza M.M; Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. eletrônica enferm.** [periódico *on line*] 2015; 17(3). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>>. [2017 jun 19].
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico populacional 12ª edição. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. [2017 jun 19].
- Norman AH, Norman JA. PCATool: instrumento de

- avaliação da atenção primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade** 2013; 8(29): 225-226.
10. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade** 2013; 8(29): 274-284.
11. Sala A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc.** 2011; 20(4): 948-960.
12. Mayer BLD, Huppes RE, Silva FS, Weiller TH, Poll MA. Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: revisão integrativa da literatura. **Saúde (Santa Maria)** 2015; 41(1): 19-28.
13. Weiller, TH. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias.** Ribeirão Preto; 2008. [Tese de doutorado – Universidade de São Paulo]. Ribeirão Preto, 2008.
14. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências de três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública** 2011; 27(4): 779-786.
15. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, Ribeiro SVO, Dias MAS, Silva RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Rev. ciênc. saúde coletiva** 2016; 18(11): 3321-3331.
16. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. eletrônica enferm.** 2015; 17(3). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>>. [2017 jun 19].
17. Figueroa PD, Cavalcanti CGM. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Enfermería Global** 2014; 10(1). Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/170901/157211>>. [2017 jun 19].
18. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2011; 32(1): 48-55.

Endereço para correspondência

Quétilan Silva Lopes
Rua dos Expedicionários, nº 143 A. Centro
CEP 49400-000, Lagarto, Sergipe
Telefone: (79) 9 9805-9352
E-mail: quetilan@hotmail.com

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos trabalhadores das Unidades de Saúde estudadas pelo apoio e paciência fornecidos para que alcançássemos o nosso objetivo e aceite em participar do estudo, fornecer dados sobre número de indivíduos cadastrados e endereços dos usuários que frequentam o serviço.

Às docentes Cátia Maria Justo e Andrezza Duque que nos orientaram para que executássemos com o máximo de êxito a metodologia proposta.

Aos participantes usuários das Unidades de Saúde estudadas, por nos receberem em suas casas, por sua confiança ao responder aos questionários e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.